

**FACULTE DE MEDECINE
COCHIN PORT-ROYAL
UNIVERSITE PARIS V**

ANNEE 1970

1971

THESE

N^o

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

Gilles BECHET

Né le 19 août 1941 à AVRANCHES (50)

Ancien Externe des Hôpitaux de PARIS

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE : 1971.

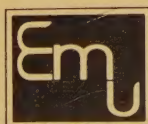
CONTRIBUTION A L'ETUDE DES MALFORMATIONS

DE LA VESICULE BILIAIRE

ET A LEUR DIAGNOSTIC RADIOLOGIQUE

Président : M. LEDOUX - LEBARD, Professeur

EDITIONS MEDICALES



ET UNIVERSITAIRES

40, rue Pascal - PARIS XIIIe

**FACULTE DE MEDECINE
COCHIN PORT-ROYAL
UNIVERSITE PARIS V**

ANNEE 1970

THESE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

Gilles BECHET

Né le 19 août 1941 à AVRANCHES (50)

Ancien Externe des Hôpitaux de PARIS

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE :

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES MALFORMATIONS

DE LA VESICULE BILIAIRE

ET A LEUR DIAGNOSTIC RADIOLOGIQUE

Président : M. LEDOUX - LEBARD, Professeur

EDITIONS MEDICALES



ET UNIVERSITAIRES

40, rue Pascal - PARIS XIIIe



A Monsieur le Professeur G. LEBLANC-LEBARD,

A mes Parents

A ma Femme

A ma Fille

A ma Famille

A mes Amis.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543716_0032

A Monsieur le Professeur G. LEDOUX-LEBARD,

qui a bien voulu nous inspirer le sujet
de cette thèse et fait l'honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.

Qu'il soit assuré de mon profond
attachement et de ma reconnaissance
pour la bienveillance qu'il me toujours
témoignée.

A mes Maîtres d'Externat :

Monsieur le Docteur G. ALBOT

Monsieur le Professeur BARIETY

Monsieur le Professeur DI MATTEO ;

Monsieur le Docteur JAMAIN

Monsieur le Docteur LIQUIER

Monsieur le Professeur LAMY

Monsieur le Docteur MERCADIER

Monsieur le Docteur TOURNEUR

Introduction

Historique

Fréquence

Classification

Embryologie

Anomalies associées

Clinique :	Signes cliniques
	Circonstances de découvertes.

Le diagnostic :	Radiologique
	Chirurgical

Le traitement

Observation personnelle

Tableau des observations relevées dans la littérature

Conclusion

Bibliographie.

INTRODUCTION

Plus rares que les anomalies de la voie principale, les anomalies congénitales de la vésicule biliaire suscitent dans la littérature médicale récente un intérêt croissant par ses problèmes de diagnostic radiologique, de pathologie et de technique chirurgicale, de classification et d'explication embryologique.

Ces anomalies peuvent être classées en :

- anomalies de nombre, vésicules doubles, absence de vésicule.
- anomalies de siège, intra-hépatique et vésicules gauches notamment.
- anomalies de forme, cloisonnée, diverticulaire, lobée.
- anomalies de structure histologique, inclusions hétérotypiques.

L'occasion d'une observation de duplication vésiculaire nous conduit à une étude de la littérature concernant les anomalies de nombre.

HISTORIQUE et FREQUENCES

Le premier cas mentionné est de Pline, trouvé chez une victime sacrifié à Auguste après la victoire d'Actium sur Antoine et Cléopâtre.

La première description de cette anomalie est attribuée à Blasius en 1674, la première étude d'ensemble à Cruveilhier en 1860, la première exérèse à Sherren en 1911. Schachner et Nichols les premiers à en suspecter sur des clichés sans préparation, Blaise le premier en a fait le diagnostic sur une cholecystographie.

Afin de fixer un ordre de grandeur de la fréquence de cette anomalie, Boyden a réuni une statistique collective :

- 3 cas sur 9970 sujets radiographiés,
- 2 cas sur 9221 autopsiés.

Ritvo et Schauffer en 1952 estiment qu'on trouve 1 cas sur 5000 sujets examinés. En 1926, Boyden n'avait pu réunir que 20 cas.

Les observations sont plus fréquentes depuis l'ère de la cholecystographie.

Kamieth en 1967 avait 3 cas de vraies vésicules doubles sur 2400 cholecystographie, soit 0,12 à 0,17 %, fréquence supérieure à celle supposée.

Notons qu'une vésicule accessoire se rencontre bien plus fréquemment chez des animaux domestiques : 1/28 veaux, 1/85 moutons, 1/198 cochons, et chez un nombre considérable de chats pour Boyden.

CLASSIFICATION

A la suite de ses importantes recherches d'anatomie et embryologie comparée Boyden définit la "vesica duplex" par l'existence de 2 cavités séparées et de 2 canaux excréteurs. L'existence de ces 2 canaux distingue la "vesica duplex" de la "vesica divisa".

La "vesica divisa" (11 %) ou vésicule bilobée peut revêtir deux aspects :

- vésicules cloisonnées avec un septum qui divise incomplètement le corps et le col. Elles sont reconnues à l'ouverture de la pièce.
- vésicule fibide ou la division du fond remonte plus ou moins sur le col.

La "vesica duplex", ou véritable vésicule double est plus fréquente (89 %). Elle reconnaît trois variétés en fonction de l'abouchement des canaux cystiques :

- variété en Y : les deux canaux excréteurs confluent en un canal cystique unique qui se jette dans le cholédoque suivant sa position normale. Cette variété est relativement rare : 29 %. Cette anomalie se présente sous deux aspects extérieurs : tantôt les deux vésicules nettement séparées par leur fond réalisant une formation bifide, tantôt au contraire étroitement accolées l'une à l'autre sous un même revêtement séreux, elles ne sont identifiées comme double qu'à l'ouverture de la pièce. Dans les deux cas la topographie vasculaire est normale.

- variété en H : où il existe deux canaux cystiques. La "vésicule accessoire" de volume variable, souvent inférieure à celui de l'autre, que définit comme "normale" son siège, semble aussi plus souvent pathologique. Elle peut occuper des situations très diverses : la disposition habituelle est celle de vésicules jumelles occupant le même lit hépatique ou des lits voisins, irriguées par une même artère cystique volontiers bifurquée et dont les canaux cystiques s'unissent à la voie principale en deux points voisins.

Dans ces cas rares la vésicule accessoire est incluse entre les deux feuillets du ligament gastro-hépatique, formation diverticulaire, branchée sur la voie principale en un point quelconque.

Deux dispositions sont particulièrement remarquables : la vésicule accessoire gauche d'une part, située sous le lobe gauche du foie, et dont la cystique va soit au canal hépatique gauche, soit au confluent. Elle se présente alors comme un organe pair, presque symétrique.

La vésicule intra-hépatique d'autre part, partiellement ou totalement incluse dans le lobe droit du foie, difficile à repérer, difficile à identifier et à réséquer.

- variété trabéculaire où le canal de la vésicule accessoire ne communique pas avec la voie principale; il constitue un canal cystico-hépatique qui pénètre dans le foie en un trajet rétrograde, cas de Croudace et Ryrberg (deux cas).

Récemment ont été observés des triplications de la vésicule biliaire qui associent les diverses modalités de duplication :

Trois vésicules et trois canaux cystiques.

Une vésicule normale et une vésicule double du type Y.

Une vésicule normale et une vésicule bifide.

Ou bien trois vésicules dont les canaux confluent en un canal cystique unique.

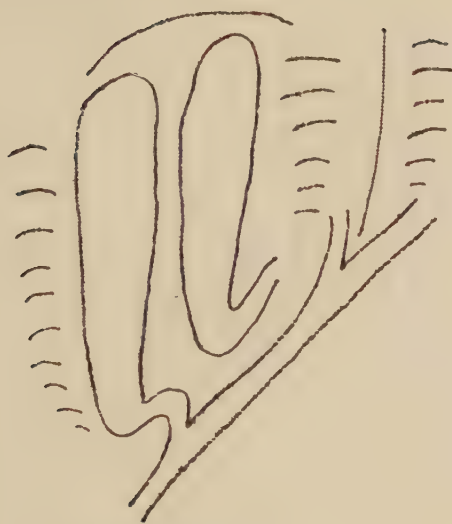
- ASPECTS ANATOMIQUES SELON RYRBERG



A - Type Y



B - Type H



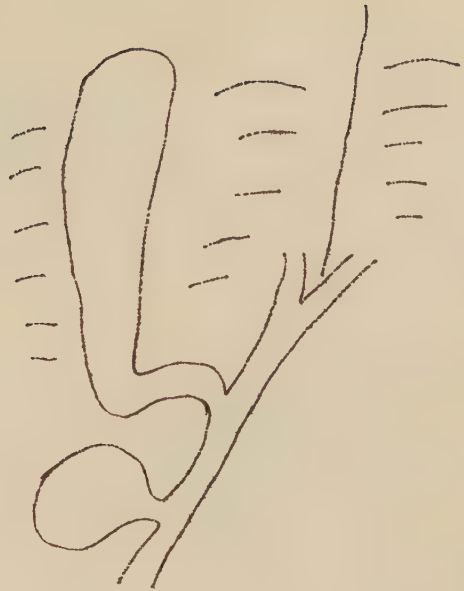
C - Trabéculaire : un cystique
entre dans le foie.



D - Vésicule partiellement
incluse dans le foie commu-
niquant avec le canal hépatique.



E - Vésicule accessoire sous le lobe gauche du foie. Cystique allant au canal hépatique gauche.



F - Vésicule dans le ligament gastro hépatique, cystique allant au canal commun.

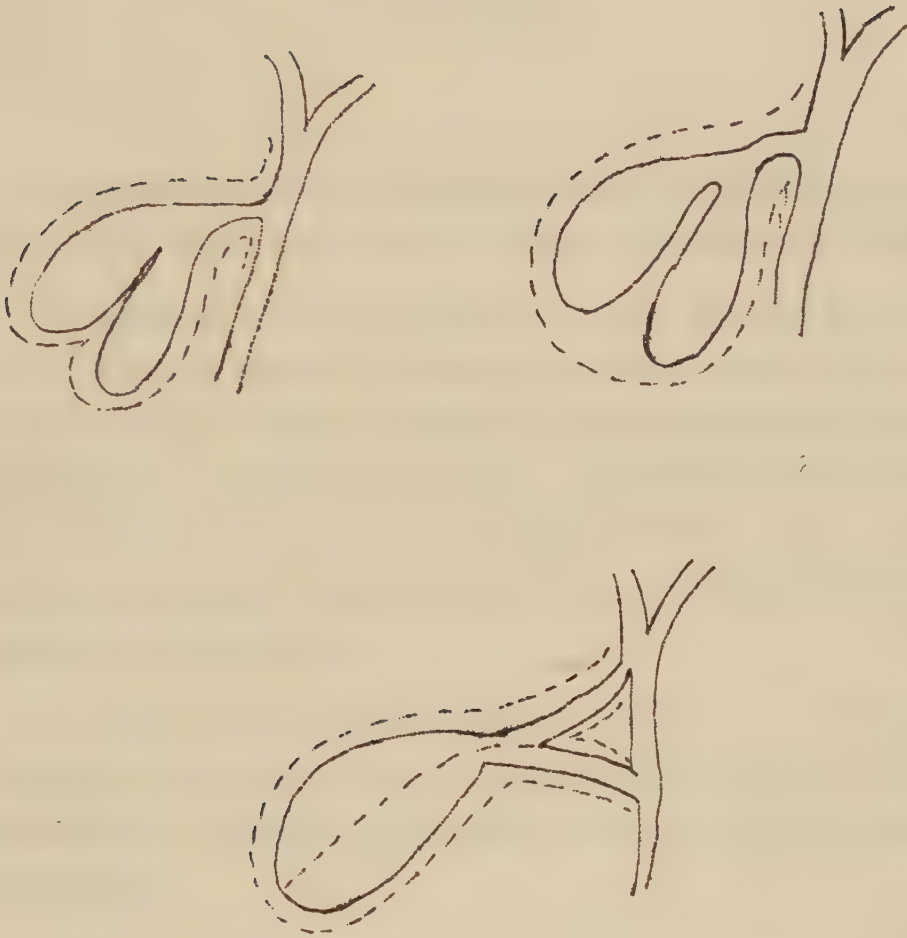


Vésicule bifide



Vésicule cloisonnée

RAPPORTS PERITONEAUX



Vésicules dans un sac péritonéal
commun.

EMBRYOLOGIE

Les explications embryologiques mises en avant pour interpréter ces diverses malformations comportent encore une large part d'hypothèses.

L'ébauche vésiculaire s'isole vers la 7^e semaine de la gouttière hépatique; ce serait la portion caudale du bourgeon ventral issu de l'intestin initial dont la portion crâniale va former la voie principale et le foie. La sécrétion hépatique débiterait au 3^e mois. L'ébauche vésiculaire occupe le bord libre du ligament gastro-hépatique, tube d'abord creux, puis plein qui se recanalise une seconde fois. Des diverticules naissent de la jonction cystico-hépatique et se résorbent.

La duplication vésiculaire provient-elle de la division de l'organe au stade embryonnaire ou du développement d'une vésicule secondaire après la vésicule biliaire principale, aux dépens d'une quelqu'autre portion des conduits biliaires.

Boyden retenait la deuxième hypothèse car :

- la forme bilobée est plus rare que la forme double chez l'homme.

Or, s'il y avait une tendance vers la bifurcation primaire chez l'embryon humain, la forme la plus simple serait plus fréquente que la forme plus compliquée.

- l'embryologie comparée; la vésicule accessoire vient de l'excroissance du canal hépatique ou des conduits biliaires normaux.

L'observation de Kehr en 1913 :

- la vésicule absente était remplacée par une vésicule de petit volume située très haut sous la branche gauche du canal hépatique. Pour Boyden, il ne peut s'agir de la véritable vésicule biliaire, mais d'un organe accessoire ayant pour origine les conduits biliaires car sa situation est nettement atypique.

- En 3e lieu, Boyden se réfère à des preuves embryologique, la découverte sur l'embryon de 6 mm de diverticules situées sur le canal cystique. S'ils s'étaient développés ils auraient donné des vésicules doubles en Y.

Ainsi chaque anomalie reconnaît un point de départ embryologique différent.

Les vésicules cloisonnées viennent de la résorption incomplète du tube vésiculaire plein, la vésicule trabéculaire d'un bourgeonnement hépatique.

Pour Dévé, intra-hépatique au 3e mois, la vésicule se dégagerait du foie progressivement par sa distension. Enfin l'absence de vésicule relèverait, soit de l'agénésie, soit de l'atrésie de l'ébauche.

Cependant comment expliquer et classer le cas de Demartial, Hervy et Raymond; une vésicule avec deux canaux cystiques et dédoublement du col de la vésicule.

ANOMALIES ASSOCIEES

Les duplications vésiculaires sont le plus souvent la seule anomalie congénitale constatée.

Dans le cas rapporté par Purser, il existe un 3e canal hépatique. Dans celui rapporté par Mulla et Weintraub par contre l'anomalie congénitale est complexe : Il existe un situs inversus de la cavité abdominale avec 2 foies, 2 vésicules et 1 seul poumon, l'autre étant remplacé par une hernie diaphragmatique du 2e foie et de la 2e vésicule.

Retenons 2 observations de Galambos et Galambos avec association d'un diverticule du duodénum et dans un cas d'une malrotation du duodéno-jéjunum.

Les vésicules doubles, elles-mêmes peuvent aussi présenter des cas d'adénomyomatose, des sinus de Rokitanski-Ashof. Par ailleurs, la pathologie, est identique à celle de la vésicule simple. Notons l'assez grande fréquence avec laquelle, en cas de lithiase, on trouve une différence de composition, de couleur, de nature de la bile des deux vésicules.

CLINIQUE

Comme dans toute pathologie vésiculaire, la prédominance féminine est retrouvée : plus des 2/3 des cas.

La symptomatologie de cette affection ne présente pas de caractère particulier; 8 cas seulement furent des découvertes fortuites lors de vérifications anatomiques ou d'examens systématiques.

Le patient vient consulter pour des dyspepsies, des troubles digestifs, des vomissements, ou des douleurs abdominales diffuses ou des douleurs épigastriques ou pour une douleur de l'hypochondre droit ou de véritables coliques hépatiques.

Parfois, l'accident révélateur est un ictère, une cholécystite. Une complication est souvent à l'origine de la découverte de cette anomalie chez ces malades qui ne sont opérés qu'après un long passé pathologique.

La lithiase vésiculaire est rencontrée dans plus de la moitié des cas de vraies vésicules doubles. Elle est moins fréquente dans les vésicules bilobées, mais il y a davantage de troubles fonctionnels.

Les complications ne sont pas rares, ce sont celles en particulier des lithiases vésiculaires.... Ictère, cholécystite voire pancréatite (2 cas relevés). Citons encore un cas d'adénocarcinome et 2 cas de torsions dont l'un sur vésicule bifide (Deaver) où fut fait une cholécystectomie partielle.

LE DIAGNOSTIC

De nombreux cas ont été diagnostiqués à l'intervention, cependant une vésicule double peut être évoquée et même affirmée sur une image radiologique.

- LE DIAGNOSTIC RADIOLOGIQUE

Il repose sur les divers examens : radiographie sans préparation, cholécystographie avec épreuve de Boyden, cholangiographie. Il est utile de varier les incidences et parfois d'utiliser une compression pour dissocier l'une de l'autre les images souvent superposées.

- LE CLICHE SANS PREPARATION

Il n'est pas sans intérêt. Il est fait pour rechercher une lithias biliaire. Dans quatre cas (observations II, 14, 70, 106) ce cliché a permis d'évoquer le diagnostic sur l'existence de deux rangées de calculs, dont la disposition ne s'expliquait que par une vésicule double ou par une vésicule longue mince et coudée.

- LA CHOLECYSTOGRAPHIE

La cholécystographie a permis, à elle seule, de poser le diagnostic dans 37 cas au moins. L'épreuve de Boyden en faisant vider la vésicule permet d'obtenir dans plusieurs cas (observations 14, 36, 37, 47, 77, 78, 81, 82, 83, 85, 86, 103, 111) une opacification des canaux cystiques. La vue de ceux-ci est, en effet, une forte présomption de duplication vésiculaire.

Dans un cas au moins (observation n° 71), c'est la présence de calculs en dehors de la vésicule opacifiée qui permet d'arriver au diagnostic confirmé par la cholangiographie.

Dans certains cas il aurait été utile de faire varier l'incidence, car l'incidence pratiquée ne révélait qu'une image de double contour (observations 30; 42, 56, 87) encore que dans deux cas (42, 56), celui-ci ne fut reconnu qu'à posteriori. C'est ainsi qu'une incidence oblique, après repas gras, permit de bien séparer les deux vésicules dans le cas 82.

Mais la cholécystographie ne fut d'aucune aide dans au moins 14 cas, par absence d'opacification vésiculaire, outre le cas 41 ou avait été laissée après intervention une 2e vésicule d'apparence saine.

Finalement, c'est la cholangiographie qui est l'examen radiologique de confirmation car, la duplication vésiculaire peut être affirmée devant deux vésicules distinctes avec deux canaux cystiques. C'est ainsi qu'elle permet d'emporter la décision dans plusieurs cas (61, 63, 71, 73, 75), alors que le diagnostic était ignoré ou seulement évoqué. Cependant elle connaît ses échecs (62, 69, 70).

Ces examens radiologiques peuvent être à l'origine d'erreurs, par défaut ou par excès. Le diagnostic peut être difficile et incertain; une vésicule biliaire en bonnet phrygien en l'absence d'une incidence de profil, une adénomyomatose, une cholécystite, l'opacification du bulbe et du genu superior, sont beaucoup plus souvent causes d'apparentes biloculations ou multiloculations. Le diagnostic n'est permis qu'après opacification de deux canaux cystiques par épreuve de Boyden ou cholangiographie. Hemmati rapporte deux observations identiques où la cholécystographie montrait deux ombres. La cholangiographie opacifiait un canal commun normal. L'ombre vésiculaire interne était un cystique dilaté et tortueux comme l'indiquait clairement l'incidence oblique.

On peut encore méconnaître la duplicité quand une des deux vésicules n'est pas opacifiée. Le radiologiste, en raison de l'exclusion de la vésicule atteinte fera un compte-rendu : vésicule bien opacifiée ayant une fonction de concentration et de contraction normale. A la vue de ce rapport le chirurgien n'aura pas la témérité d'explorer l'abdomen à la recherche de la vésicule malade.

- LE DIAGNOSTIC CHIRURGICAL

Il est parfois aisé, la vésicule accessoire était facilement découverte lors de la laparotomie exploratrice qu'il faut savoir entreprendre quand la clinique et la radiologie sont en contradiction. C'est ainsi que Hurley et Moore (cas 43) intervenaient après deux cholécystographies normales devant un tableau clinique de cholécystite et, découvraient à côté d'une vésicule saine une vésicule infectée.

Mais bien souvent, c'est un diagnostic difficile. Ou, la vésicule accessoire peut n'être découverte qu'inopinément comme le cas de Troudace au cours de la cholécystectomie de la vésicule saine pour troubles dyspeptiques et flatulence, il découvrit masquée par la vésicule saine, une vésicule du type trabéculaire. Ou bien elle est totalement méconnue : Mundson et Teixido enlevèrent une vésicule mais laissèrent en place une vésicule infectée non vue. Millbourn, lui aussi, ne découvrit la 2^e vésicule que lorsqu'elle se manifesta 7 ans après une première cholécystectomie.

Mais, une cause anatomique rend compte de la difficulté de ce diagnostic. Dans nombre de cas, même lors de vrai dédoublement, les vésicules sont dans un sac péritonéal commun (19 cas sur 75). Alors l'anomalie (cas 42, par exemple), n'est reconnue qu'à la section du cystique devant la découverte de deux lumières. Il est cependant rapporté des observations (cas 34) où la découverte de la duplication n'est faite que lors de l'examen anatomo-pathologique de la pièce enlevée.

Il n'est d'ailleurs pas toujours facile de trancher même au laboratoire, après cholécystite, entre vésicule double, vésicule bilobée ou diverticule.

La laparotomie exploratrice sans ablation de la vésicule peut donc méconnaître l'existence de vésicules doubles.

oOo

LE TRAITEMENT

Nous avons relevé 37 cas où il n'y eut pas de contrôle anatomique; en effet le traitement médical dans le cas de simples troubles fonctionnels permet de mener une vie normale.

Mais quand on intervient, faut-il enlever les deux vésicules, s'il n'y en a qu'une de malade ? Dans la très grande majorité des cas relevés les 2 vésicules furent enlevées. Une atteinte ultérieure de la vésicule saine étant possible beaucoup préfèrent ne pas être amenés à réintervenir, opération rendue plus délicate par les adhérences. Cependant certains laissent en place une vésicule saine. Recht dans le cas d'une torsion vésiculaire n'enleva que la vésicule malade et Deaver devant une torsion de vésicule bifide ne fit qu'une cholecystectomie partielle. Deux réinterventions eurent lieu sur des vésicules doubles mais cette anomalie avait été ignorée la première fois et il n'était pas impossible que la deuxième vésicule fut déjà malade.

OBSERVATION PERSONNELLE

Madame BA L. 61 ans est hospitalisée le 9.3.70. Dans ses antécédents notons un ulcère du duodénum opéré en 1958 (gastro entérosto-mie) contrôlé en 1967 et 1969... pas d'ulcère peptique.

- HISTOIRE DE LA MALADIE

Après l'intervention en 1958, pour l'ulcère du duodénum il y eut une acalmie totale des troubles; puis les douleurs reprennent mais sont différentes, de siège épigastrique mais nettement plus à droite. C'est une gêne douloureuse, permanente sur laquelle se greffent des crises plus douloureuses prédominant en automne et en hiver. Les douleurs ne sont pas quotidiennes. Les contrôles radiologiques sont normaux.

Parfois la douleur irradie entre les deux épaules et à l'omoplate droite. Elle souffre fréquemment l'après midi 3 à 4 heures après son repas, pendant 1/4 d'heure avec une faiblesse générale et un état nauséux.

Sa douleur est calmée par :

- une ingestion d'aliments
- la position en chien de fusil
- par le bismuth.

Au moment des crises un ictère est remarqué par l'entourage et la malade elle même.

Depuis 1 an l'intensité des douleurs est croissante et depuis janvier sont apparus quelques vomissements de bile. La malade a perdu trois kilos en trois mois, et elle se plaint de céphalées. 15 jours avant l'hospitalisation elle fait une crise douloureuse très violente de l'épigastre calmée par trois sachets de bismuth.

- EXAMEN CLINIQUE

- Examen pulmonaire normal,
- Appareil cardio-vasculaire normal : pouls 70,
tension 14,8
- Abdomen souple respirant bien. La région hépatique est légèrement douloureuse; il n'y a ni hépatomégalie, ni splénomégalie.
- Les fosses lombaires sont libres.
- L'examen neurologique est normal.
- Les aires ganglionnaires sont libres.

- EXAMEN COMPLEMENTAIRE

NFS : GR : 3.900.000
GB 5.000 PN 60 %

VS : 10,28

Bilirubine totale 3 mg/l.

Transaminases : SGOT 17 U. Frankel
SGPT 16 U. Frankel

Phosphatases alcalines : 1,85

. urée : 0,35 gr./l

. glycémie : 1,05

. cholestérol total : 2,75 gr/l

. électrophorèse : Alb 39,6

Alpha 1 3,4; Alpha 2 7,3, Beta 11,2, Gamma 18,5

Protides : 70,2 gr/l

BW -, Kline -

- CHOLECYSTOGRAPHIE : (Dr. Regourd)

En début d'examen on a l'image d'une vésicule bien opacifiée, sans image lithiasique, se contractant bien après repas d'épreuve et s'évacuant correctement.

On voit apparaître à partir de la 15e minute, après évacuation une seconde vésicule en situation interne par rapport à la précédente, possédant son canal cystique propre. On voit bien, en fin d'examen la voie biliaire principale et sa trifurcation avec un canal hépatique et deux cystiques indépendants.

- TRANSIT GASTRO-DUODENAL (Dr. Coquet)

Pas de hernie hiatale. Ampoule épiph rénique banale. Pas de reflux gastro oesophagien.

- FIBROSCOPIE - Le 13 mars 1970

Examen techniquement facile; introduction de l'appareil aisée. La muqueuse gastrique est rigoureusement normale. On voit très bien, d'une part l'antre et le pylore, d'autre part la bouche qui est finement limitée sans aucun phénomène inflammatoire. La partie du grêle qui est vue est elle aussi normale.

La malade est transférée dans le service de chirurgie du Professeur Postel.

Laparotomie exploratrice :

"Médiane sus-ombilicale. Libération de nombreuses adhérences sous hépatiques. La bouche de gastro entérostomie est parfaitement souple et perméable. Il n'existe plus aucune cicatrice d'ulcère. En disséquant soigneusement la région sous hépatique, on constate qu'il n'existe qu'une

seule vésicule d'allure souple et ne contenant aucun calcul. Son cystique s'im-
plante directement de la façon habituelle sur la face latérale droite du cholédo-
que non dilaté. Le duodénum était accolé à la face inférieure du foie sous la
vésicule, en raison de quelques adhérences post-opératoires. L'exploration
du reste de la cavité abdominale est négative. Fermeture plan par plan".

- CONCLUSION

Ainsi l'examen radiologique a fait porter le diagnostic de vésicule
double avec deux canaux cystiques de type non précisé. La laparotomie ex-
ploratrice n'a pas confirmé ce diagnostic, mais à la lumière des observa-
tions relevées dans la littérature nous connaissons les difficultés du diagnos-
tic opératoire. En l'absence de cholécystectomie nous pensons qu'il s'agis-
sait bien de deux vésicules situées dans un même sac péritonéal.



Observation de Mme BA.... Cholécytographie avec épreuve de Boyden.

2 ombres vésiculaires superposées

A 15' = opacification du genu superius

A 20' : opacification de 2 canaux cystiques; visualisation de la trifurcation en 2 canaux cystiques et 1 canal hépatique.



Observation de Mme PL..... sans renseignements cliniques.
Cholécystographie avec épreuve de Boyden. Vésicules doubles
avec peut être adénomyomatose du fond de l'une.
1 seul canal cystique visible.

CONCLUSIONS

La duplication vésiculaire est une anomalie connue depuis Pline mais rarement rencontrée : environ 0,15 % des cholécystographies pratiquées, soit 1,5 pour 1000.

Boyden distingue 2 groupes : la "vesica divisa" qui comprend les vésicules cloisonnées et la vésicule bifide; la "vesica duplex", plus fréquente, dont le mode d'abouchement des canaux cystiques réalise 3 variétés : le type Y par union des 2 cystiques, type H où les cystiques sont séparés et type trabéculaire où le canal cystique pénètre dans le foie.

Ces diverses anomalies reconnaissent un point de départ embryologique différent.

On peut considérer que cette anomalie congénitale est isolée et que les porteurs de vésicule double sont sujets aux mêmes troubles que ceux qui n'en ont qu'une. Cependant la lithiase est plus fréquemment rencontrée dans la vesica duplex.

Pour le diagnostic radiologique, 2 examens sont essentiels : cholécystographie et la cholangiographie car pour affirmer ce diagnostic, il faut visualiser les 2 canaux cystiques. Nous avons colligé 126 observations recueillies dans la littérature dont 85 cas ayant bénéficié d'une exploration radiologique, 36 n'étant que de diagnostic radiologique. Les images sont constituées en général de 2 ombres en situation vésiculaire se chevauchant. La modification des incidences, la compression s'efforceront de les séparer. Bien souvent une seule des deux vésicules est opacifiée avec parfois cependant possibilité de suspecter l'existence de la seconde à la vue de calculs en dehors de la première.

Le diagnostic chirurgical n'est pas aisé notamment quand les 2 vésicules sont dans un même sac péritonéal, mais le risque de laisser en place une vésicule malade est moindre.

Notre observation rapporte un cas de vésicule double diagnostiqué par la radiologie, non confirmée par la laparotomie exploratrice. Mais il n'a pas été fait de cholécystectomie.

Le traitement médical soulage les troubles fonctionnels. L'ablation de la vésicule malade n'est pas discutée; mais la conduite à tenir vis-à-vis de l'autre vésicule varie selon les auteurs compte tenu des risques de récurrence et d'une difficulté à réintervenir.

oOo

V E S I C U L E S D O U B L E S

CAS :	AUTEURS	SEXE :	AGE :	CLINIQUE OU DIAGNOSTIC :	RADIOGRAPHIE :	CONSTATATIONS OPERATOIRES OU ANATOMIQUES
I :	BLASTUS	M	2			2 vésicules de tailles inégales, la petite est partiellement incluse dans le foie. 2 cystiques - Type H -
2 :	WITTIE	F	31	Indigestions et vomissements. Calculs du rein gauche.		Foie très augmenté de volume. 2 vésicules séparées par la largeur de la main. La gauche est plus petite. Calcul du rein gauche. Tuberculose pulmonaire.
3 :	HUBER	Quelques Jours				2 vésicules distinctes - 2 cystiques type Y -
4 :	PURSER	F	II	Mort de la scarlatine		2 vésicules séparées - 2 cystiques type H - 3 canaux hépatiques.

CAS :	AUTEURS	SEXE :	AGE :	CLINIQUE OU DIAGNOSTIC	RADIOGRAPHIE	CONSTATATIONS OPERATOIRES OU ANATOMIQUES
5	SHERREN	F	25	Douleur de l'hypochondre : droit 1/2h après les repas. Colique hépatique.		Vésicule distendue, impos- sible à vider, sur le cys- tique petit nodule pris pour un calcul. Ana Path : 2 cystiques type H, 2 vésicules dans un même sac. Bile diffé- rente dans les 2 vési- cules. Le petit nodule est fait de glandes de Brünner.
6	SCHULTZ	M	35	Cholecystite		Cholecystectomie, grosse vésicule divisée en 2, avec lithiase. Cystique double- Type Y.
7	SCHACHNER	F	52	Colique hépatique depuis plus de 15 ans.		Cholecystectomie : 2 vési- cules, 2 cystiques, calculs.
8	HABERER	F				Vésicule et cystique divisés par une cloison longitudinale. Lithiase.
9	PORTER	F	5			Vésicule accessoire attachée à la principale par un court cordon.

CAS :	AUTEURS :	SEXE :	AGE :	CLINIQUE :	OU	DIANOSTIC :	RADIOGRAPHIE :	CONSTATATIONS OPERATOIRE :	OU ANATOMIQUES
IO :	WISCHNEWSKY :	F	31 :	Fièvre, ictère et tumeur palpable.				Vésicule à gauche du ligament falciforme enflammée est enlevée; lithiasé du cystique. Vésicule droite normale laissée. Type H.	
II :	BRAUN :						Film sans préparation : 2 rangée de calculs	Le diagnostic soupçonné sur la radiographie est confirmé : ablation d'une vésicule lithiasique. L'autre est laissée. Type H.	
I2 :	ERDMANN :							2 vésicules et 1 cystique type Y.	
I3 :	LAMBERT :							Petite vésicule accessoire, excroissance du canal commun. Type H.	

CAS :	AUTEURS	SEXE :	AGE :	CLINIQUE OU DIAGNOSTIC	RADIOGRAPHIE	CONSTATATIONS OPERATOIRES OU ANATOMIQUES
I4 :	NICHOLS	H	51 :	Debut à 10 ans coliques hépatiques	Film sans préparation 2 rangées distinctes de pierres. Cholecysto: 2 vésicules séparées avec chacune des pierres. 2 cystiques	Cholecystectomie calculs dans les 2 vésicules - Type H.
I5 :	PRIESEL	H	54 :	Péritonite appendiculaire.		Sillon à la face inférieure de la vésicule qui est divisée par un septum longitudinal en 2 parties. 2 cystique type H.
I6 :	WACKELEY	F	56 :		Film sans préparation Lithiase vésiculaire.	2 vésicules, la plus petite contient des calculs. 2 cystiques type Y. Cholecystectomie.
I7 :	GOROFAIO	F	37 :	Crises douloureuses depuis 15 ans		Petite vésicule accessoire; hydrocholecyste. Pas de lithiase, 2 cystiques.
I8 :	WOLFSON	F	19 :	Crises douloureuses de l'hypochondre droit depuis 9 ans	Cholecysto : Lithiase.	Vésicule accessoire rudimentaire suspendue au canal commun, avec 2 calculs. L'autre vésicule est normale. Cholecystectomie.

CAS :	AUTEURS :	SEXE :	AGE :	CLINIQUE OU DIAGNOSTIC :	RADIOGRAPHIE :	CONSTATATIONS OPERATOIRES OU ANATOMIQUES :
19 :	HOLDERMAN :	F :	30 :	Crises douloureuses de l'hypochondre droit depuis 7 ans.	Cholecysto : pas d'opacification vésiculaire mais I calcul	Cholecystectomy : vésicule avec septum sagittal, calcul dans les deux. 2 cystiques.
20 :	PETRINA :	F :				Cholecystectomy. Vésicule divisée par une cloison. 2 cystiques avec un calcul dans l'un, Type Y.
21 :	STRUKOV :	H :	I 2/I2 :	Mort de la scarlatine		2 vésicules normales et 2 cystiques type H.
22 :	CROUDACE :	F :	52 :	Colique hépatique et troubles dyséptiques depuis quelques années	Cholecysto : faible remplissage de la vésicule. Cholecystite?	Laparotomie : estomac, duodenum, vésicule normale. Cholecystectomy entreprise. Découverte d'une 2e vésicule lithiasique dont le cystique gagne le foie. Type trabéculaire.
23 :	KENNON :	H :	69 :	Cholecystite aiguë		I an après une cholecystostomie et drainage. Cholecystectomy : 2 vésicules lithiasiques, 2 cystiques type H. Lithiase du cholédoque.

CAS :	AUTEURS	SEXE :	AGE :	CLINIQUE OU DIAGNOSTIC	RADIOGRAPHIE	CONSTATATIONS OPERATOIRES OU ANATOMIQUES
24 :	HERMANN HICKS et MARTIN	F	42	Douleurs épigastriques ictère et purit	Film sans prépara- tion : Pas de calculs visibles	Cholecystectomie : 2 cavités séparées dans la vésicule avec lithias des deux. 2 cystiques. Type H.
25 :	SLAUGHTER	F	32	Fréquentes crises doulou- reuses de l'hypochondre droit	Film sans prépara- tion : Pas de lithias Cholecysto : Pas de lithias de se joindre l'autre avant canal commun - Type Y	Vésicule accessoire atro- phique et incluse dans le foie : le cystique rejoint l'autre avant le canal commun - Type Y
26 :	WEISS et SAMUEL				Cholecysto : 2 vésicules visi- bles.	Opérée : 2 vésicules et 2 cystiques type H.
27 :	GROSS	F	3 3/12	Mort de bronchectasie et bronchopneumonie		Vésicule accessoire par- tiellement incluse dans le foie. Son cystique se jette dans le confluent hépatocholedocue - Type H.
28 :	WILSON	F	55	Crises douloureuses depuis 20 ans. Cholecys- tite aiguë.		Septum longitudinal divi- sant la vésicule en 2 cavi- tés. 2 cystiques type H. lithias - papillome.

CAS :	AUTEURS :	SEXE :	AGE :	CLINIQUE OU DIAGNOSTIC :	RADIOGRAPHIE :	CONSTATATIONS OPERATOIRES OU ANATOMIQUES :
29	MILBOURN	F	36	1) Lithiase vésiculaire et cholecystite chronique. 2) 7 ans après l'intervention choledocolithiase	Cholecysto, lithiase pas d'opacification vésiculaire	1) Cholecystectomy et drainage. 2) 2e vésicule découverte cholecystectomy type H.
30	SCOTT SANE & SMITH	H	57	Dyspepsie suspicion de vésicule double après la 3e cholecystographie	Pas de lithiase visible sur le film sans préparation. Cholecysto bonne opacification de la vésicule en situation normale. Double contour à la partie majeure. 2 polypes + I calcul.	2 vésicules; 2 cystiques type H. Cholestérolose et 2 polypes.
31	ANDREON					2 vésicules et 2 cystiques type H, lithiase des 2 vésicules.
32	MEYER DOWLIN and REINGLASS	F	63	Ovariectomie, appendicéctomie, thyroïdectomie, radiothérapie de l'utérus Occlusion.		Laparatomie pour occlusion. Découverte d'une vésicule distendue. A la section du cystique découverte de 2 lumières. Lithiase du Choledoque. Ana path- 2 vésicule dans le même sac avec lithiase de la plus grande-Type H.

CAS :	AUTEURS	SEXE :	AGE :	CLINIQUE ET DIAGNOSTIC	RADIOGRAPHIE	CONSTATATIONS ANATOMIQUES
33 :	HICKEN STEVENSON CORNWALL	F	40 :	Troubles vésiculaires, coliques hépatiques depuis 8 ans.	Cholecysto : Pas d'opacification. Cholangio par la fistule externe = obstacle sur le choledoque dilaté, calculs de l'hépatique commun; opacification d'une longue vésicule.	Vésicule contenant de nombreux calculs. Cholecystectomie, drainage, fistule externe et ictère retentionnel. Ablation de la 2e vésicule - Type H -
34 :	HICKEN STEVENSON ALLEN et CORNWALL	H	50 :	Colique hépatique traitée depuis 2 ans par morphine.	4 cholecystographies pas d'opacification vésiculaire; mais plusieurs calculs opaques.	Grosse vésicule enlevée. Histologie : 10 calculs dont un à l'orifice du cystique. Découverte d'une vésicule accessoire et d'un 2e cystique - Type Y -
35 :	DESAINE et BETZ	F	6 :	Ictère disparaît à 5 mois puis tumeur du flanc droit à 6 mois et gros souffle systolique. Ponction : 1/4 puis 1/21 de bile. Kyste du foie?	Pyelographie ascendante: calices en nombre exagérés. Transit du grêle déplacé à droite.	A côté d'une vésicule normale kyste se jetant dans le canal hépatique. Histologie : vésicule accessoire.
36 :	INGENO et D'ALBORA				Cholecysto : vésicule double du type Y.	Contrôlé lors de l'intervention pour ulcère.

CAS :	AUTEURS	SEXE :	AGE :	CLINIQUE ET DIAGNOSTIC	RADIOGRAPHIE	CONSTATATIONS ANATOMIQUES
37	OLDFIELD et WRIGHT	H	67	Douleurs épigastriques à type de coliques depuis 3 semaines. Troubles digestifs. Vomissements Cholecystite aiguë ou appendicite.	Cholecysto : doublé vésicule concentrant bien, 2 cystiques.	I vésicule accessoire incluse dans le lobe droit du foie. 2 cystiques type H. Ablation des vésicules. Appendicite aiguë.
38	KAZAR					Laparatomie : 2 vésicules normales, l'une dans la région du foramen de Winslow de la taille d'une tête d'enfant. Ponction retire 1 litre de bile.
39	DUSCHL	F	48	Troubles vésiculaires et coliques depuis 2 ans.		2 vésicules, 2 cystiques Type Y, lithiase pigmentaire.
40	CAMERON				Cholecystographie : 2 ombres vésiculaires évoquent le diagnostic de double vésicule.	2 vésicules et cystiques Type H.

CONSTATATIONS
ANATOMIQUES

RADIOGRAPHIE

CLINIQUE ET DIAGNOSTIC

SEX: AGE:

AUTEURS

CAS:	AUTEURS	SEX: AGE:	CLINIQUE ET DIAGNOSTIC	RADIOGRAPHIE	CONSTATATIONS ANATOMIQUES
41	RECHT	H 48	Diagnostic d'appendicite aiguë ou perforation d'ulcère peptique. Antécédent d'ulcère du bulbe duodenal	Cholecysto 3 mois après l'ablation de la 1ère vésicule pas d'opacification	-Vésicule très congestionnée : noire, strangulation au niveau du col pentonéale. - 2ème vésicule adhérent au foie, saine avec cystique laissée en place.
42	WITTENBERGER	F 48	Douleur suspubienne men- suelle, intolérance aux graisses. Appendicectomie à 27 ans.	Cholecysto : multiples calculs biliaires dans grade. à la section une vésicule fonctionnant bien. A posteriori 2 ombres vésiculaires possibles	Cholecystectomy rétro- section : lumières. Type H. : A l'ouverture de la vésicule septum : longitudinale, lithase : de la vésicule postero- interne.
43	MOORE et HURLEY	F 30	Depuis 2 ans cinq crises de colique hépatique, pas d'ictère.	Cholecysto : vésicule fonctionnant normale- ment. 2ème cholecysto 7 Mois après pour récidive et tumeur de l'hypochondre droit Normale.	Laparotomie : 2 vésicules séparées, bien développées avec leurs cystiques. Type H. Vésicule distale normale. Vésicule proximale rouge, tendue enlevée seule. Pas de lithase.

CAS:	AUTEURS	SEXE:	AGE:	CLINIQUE ET DIAGNOSTIC	RADIOGRAPHIE	CONSTATATIONS ANATOMIQUES
44:	MULLA et WEINTRAUB	F	24h:	Hernie diaphragmatique : droite	Nombreuses anses : intestinales dans : l'hemi thorax droit	: Opéré : foie et vésicule : de taille normales dépla- : cées à gauche. Réduction : de l'hernie. Situs inver- : sus du sigmoïde. Décès : 5h après l'intervention. : Absence compléte de : poumon droit. 2ème foie : et 2ème vésicule où se : termine l'artère pulmo- : naire droite. Les 2 foies : sont unis par un isthme : de tissu hépatique. : Type H.
45:	PARONI			Cholecystite	Double vésicule : diagnostiquée à la : cholecystographie.	: 2 vésicules dont une : infectée. Type Y.
46:	RAYMOND et THRIFT	F	53:	Ictère progressif et : silencieux		: Masse tumorale entre le : foie et la vésicule : flasque. : Histologie : 2 vésicules : distales avec cholecystite : chronique. : Proximale : avec papillome : adenocarcinome.

CAS :	AUTEURS	SEXE :	AGE :	CLINIQUE ET DIAGNOSTIC :	RADIOGRAPHIE	CONSTATATIONS :	ANATOMIQUES
47	ROSS J.A.	:	:	Douleur abdominale depuis 12 mois et pesantueur	Cholecysto : 2 vésicules et 2 cystiques nettement dessinées, l'une plus petite que l'autre.	Ablation des 2 vésicules cystiques. Type Y.	:
48	WILLIAMS	H	48	Douleurs épigastriques depuis 3 ans.	Cholecysto : lithiasse - Calcul dans la vésicule d'une vésicule fonc- tionnant normalement: -Après ablation de la Cholangio per-opéra- toire : I canal cystique accessoire : -Calcul dans la vésicule allant de l'hépatique drainé par le cystique. droit à la vésicule.	Cholecystite chronique. -Les vésicules sont dans I même sac. Type H.	:
49	SKIELBOE	F	53	Lithiasse vésiculaire depuis 8 ans.	Cholecysto : 2 vésicules distinctes.	Petite vésicule au bord inférieur d'une grosse. Ana Path : 3 vésicules avec chacune leur cystique qui vont au cholédoque. 2 vésicules de tailles normales, lithiasiques, la 3ème est plus petite avec également un petit calcul. Type H.	:
50	CASEY	:	:	:	Cholecysto : 2 vésicules visibles.	Opération : découverte d'une 3ème vésicule lithiasique.	:

CAS:	AUTEURS	SEXE:	AGE:	CLINIQUE ET DIAGNOSTIC	RADIOGRAPHIE	CONSTATATIONS ANATOMIQUES
51:	HECTOR et LAUMONNIER	F	48	Appendicite aiguë et cholecystite chronique		Vésicule contenant une série de petits calculs. Tumeur pylorique extra muqueuse. Histologie : Vésicule contenant 6 calculs, pas de canal. Vésicule trabéculaire?
52:	MUNDSON et TEIXIDO					Double vésicule, décou- verte opératoire après une première cholecys- tectomy laissant en place une vésicule infectée non vue.
53:	KULISEK				Cholecysto : vési- cule double.	L'opération confirme l'existence de 2 vési- cules.
54:	HOUSE	F	69	Plusieurs coliques hépa- tiques depuis II mois		Cholecystectomy. Ana Path : 3 chambres séparées, les 2 plus grandes de volume normale avec 2 cystiques. La 3ème plus petite, sans séreuse contient des calculs et est attente de lésions de cholecys- tites chroniques;

CAS :	AUTEURS	SEXE :	AGE :	CLINIQUE ET DIAGNOSTIC :	RADIOGRAPHIE	CONSTATATIONS ANATOMIQUES
55 :	KELLEY	:	:	:	:	: Une vésicule double en Y : et une 3ème avec son : cysaïque propre.
56 :	RYRBERG	:	26 :	: Colique hépatique 2 ans : auparavant.	:	: Cholecysto : vésiculè Cholecystectomie : : faiblement opacifiée vésicule apparemment : et calculs. L'examen normale, légèrement dis- : post opératoire du tendue avec 1 calcul. : cliché montre 2 vési- 2 vésicules et 2 cysti- : cules toutes deux :ques allant dans le canal : lithiasiques. :commun. Type H à l'ana : Path. : Calculs dans chacune.
57 :	RYRBERG	:	63 :	: Douleur abdominale diffuse	:	: Vésicule faible Cholecystectomie, cholan- : ment opacifiée avec gio per opératoire, exci- : calculs. sion d'un kyste biliaire. : Pas de différence macros- : copique et histologique : entre kyste du foie et : vésicule double du type : trabéculaire.
58 :	RYRBERG	:	62 :	: Crises de colique hépa- : tique depuis 4 ans.	:	: Cholecysto ; pas de Cholecystectomie : vési- : lithiase visible, pas cule avec nombreux : d'opacification vési- calculs et kyste du foie : culaire. :ou vésicule double du : type trabéculaire.

CAS :	AUTEURS	SEXE :	AGE :	CLINIQUE ET DIAGNOSTIC	RADIOGRAPHIE	CONSTATATIONS ANATOMIQUES
59 :	REED et CARLBERG	:	:	:	:	: 2 vésicules et 2 cystiques Type H.
60 :	LAMARINA et MUSCHOL	F :	31 :	En I an 2 crises d'épi- : gastralgies à type de : crampes violentes, nausées bles ; vomissements, ictère.	Film sans préparation : Pas de lithiasé visit : chronique.	2 vésicules type Y, accolées. Inflammation chronique.
61 :	OWEN et WALLACE JONES	F :	42 :	Troubles vésiculaires : depuis l'âge de 15 ans.	Cholecysto : au pre- : mier coup d'oeil, : vésicule fonctionnant : normalement. Mais : 2ème vésicule pleine : de calculs fonction- : nant mal visible.	2 vésicules avec I cloison commune, I cystique. Ablation.
62 :	GARCIA MORENO PELAEZ REDONDO	F :	58 :	Antécédents d'Angor sub- : ictère et douleur de : 1'hypochondre droit.	Cholangio : négative : Cholangio : 2 vésicules et 2 cystiques séparées en Y.	Histologie : 2 vésicules séparées. Dans la 2ème un calcul près du col. Type H.
						Opérée : I vésicule pleine de pus, lithiasique enlevée. Au cours de la révision, découverte d'une 2ème vésicule non infectée mais avec I calcul et I cystique. Type H.

CAS :	AUTEURS	SEXE :	AGE :	CLINIQUE ET DIAGNOSTIC :	RADIOGRAPHIE	CONSTATATIONS ANATOMIQUES
63 :	BOUCHIT	H	32	Douleur de l'hypochondre droit, antécédents de colique hépatique, cholécystite aiguë.	Cholangio : 2 vésicules I an avant l'épisode aiguë.	Cholecystectomie : 2 vésicules dans un cas unique; 2 cystiques type H. Vésicule apparemment saines, pancréatite supprimée, et cholédoque dilaté.
64 :	CARLS					3 vésicules; 3 cystiques dont deux s'unissent en Y. Un calcul dans une vésicule.
65 :	DUNKERLEY	H	29	6 crises vésiculaires en deux ans.	Sans préparation : plusieurs calculs dans l'hypochondre droit. Cholecysto : vésicule commun- Type H. concentrant bien la bile.	Cholecystectomie : 2 vésicules dans un péri-toine commun : 2 cystiques gagnent le canal Vésicule supérieure partiellement intra-hépatique avec deux petits calculs, bile purulente. Vésicule inférieure normale, bile normale.

CAS :	AUTEURS	SEXE :	AGE :	CLINIQUE ET DIAGNOSTIC	RADIOGRAPHIE	CONSTATATIONS ANATOMIQUES
66	HURWITZ	:	:	:	Sans préparation : calculs : cholecysto : calcul au col de la : vésicule fonctionnant : normalement.	2 vésicules type H. Calculs dans l'une s'ouvrant dans l'hépa- tique droit.
67	MARTENSTYN Mac KENZIE	:	:	:	Cholecysto : 2 vési- cules. Retard au fonctionnement. Calcul.	2 vésicules type H, avec calculs dans les deux et bile épaisse.
68	ITALIANI PASTORINI et GLUBERG	:	:	:	Suspicion de vési- cule double.	Vésicule double type Y constatée à l'interven- tion.
69	SAPKAS et TIERRIS	F	57	Douleur de l'hypochondre : droit, depuis 20 ans. Ictère.	Cholangio : 1 vési- cule.	Opérée : cholangio per opératoire met, en évidence une vésicule accessoire pleine de pus. Ablation de la vésicule accessoire - Type H.
70	GUYER et Mac LOUGHLIN	F	59	Douleur vague de l'abdo- men.	Sans préparation : nombreux calculs; 2 diagnostics évoqués double vésicule ou 1 vésicule très longue et coudée. Cholangio : pas d'opé- dification de la vési- cule ni du cystique.	2 vésicules et 2 cystiques. Type H. Calculs dans les 2 vési- et I sinus de Rokitansky; Aschoff.

CAS: AUTEURS : SEXE: AGE: CLINIQUE ET DIAGNOSTIC : RADIOGRAPHIE : CONSTATATIONS : ANATOMIQUES

71: GUYER et H : 28 : Troubles vésiculaires : Sans préparation : 2 vésicules dans un même
 : Mc LOUGHLIN : : : : I rangée de calculs : sac - Type H.
 : : : : Cholecysto : calculs :
 : : : : en dehors de la vési- :
 : : : : cule opacifiée : 2 :
 : : : : vésicules. :
 : : : : Cholangio : 2 vésicules :
 : : : : avec calculs dans la :
 : : : : plus haute : 2 cystiques. :

72: VALLONEN : H : 52: Cholecystite aiguë 6 mois: Cholecysto : vésicules Vésicule avec cloison
 : : : : avant. : avec calculs. : longitudinale, 2 cysti-
 : : : : : : ques, dans l'une 6
 : : : : : : cailloux noirs, dans
 : : : : : : l'autre I jaune-vert.
 : : : : : : I cystique va au cholé-
 : : : : : : doque.
 : : : : : : I cystique va dans
 : : : : : : l'hépatique droit.
 : : : : : : Type H.
 : : : : : :

CAS :	AUTEURS	SEXE :	AGE :	CLINIQUE ET DIAGNOSTIC :	RADIOGRAPHIE	CONSTATATIONS ANATOMIQUES
73 :	LEONARD	F	40 :	Depuis 8 ans troubles, biliaires prémenstruels ; Instabilité réactionnelle	Cholecysto : 2 vésicules ; La supérieure, la mieux contrastée est biloculée avec une couronne de sinus de Rokitansky ; Aschoff. L'inférieure moins contrastée a 3 calculs et quelques sinus mieux visualisés ; par cholangiographie.	Les 2 vésicules sont dans un même feuillet peritoneal ; 2 cystiques type Y. La vésicule bilobée a une paroi considérablement épaissie et de grains de cholestérol.
74 :	VOS	H	40 :	Dyspepsie depuis plusieurs années.	2 vésicules et plusieurs calculs.	I polype sessile ; petits calculs libres dans la position supérieure. La 2ème vésicule a un col polyvalvulée, calculs de cholestérol.
75 :	BAILLARGEON HURTUBISE BETTEZ et GAGNON	H	36 :	Troubles digestifs et douleurs.	Cholecysto : diagnostic soupçonné. Cholangio : 2 vésicules, la plus petite concentrée ; mieux, se vide plus vite ; adenomyomatose.	Ablation des 2 vésicules pour éviter le risque d'une réintervention. Type Y.

VESICULES DOUBLES - SANS CONTROLE ANATOMIQUE

CAS :	AUTEURS	SEXE:	AGE:	CLINIQUE	RADIOLOGIE
76:	BLAINE	:	:	:	:
:	:	:	:	:	:
:	:	:	:	:	:
:	:	:	:	:	:
:	:	:	:	:	:
77:	CLIMAN	F	27	Douleurs épigastriques Ih à Ih30 : après les repas depuis 5 ans. Nausées, jamais de vomissements.	Cholecystographie : 1 vésicule distincte et juste en dedans, une 2ème vésicule se réduisant de taille après repas gras.
:	:	:	:	:	:
:	:	:	:	:	:
78:	HAYES	H	35	:	Cholecysto : 2 vésicules et 2 longs cystiques.
:	:	:	:	:	:
79:	CAVE	F	40	:	Cholecysto : 2 ombres superposées vraisemblablement vésicule double.
:	:	:	:	:	:
80:	CAVE	F	40	:	Cholecysto : visualisation de 2 ombres distinctes.
:	:	:	:	:	:
81:	CORACHAN FIGUERAS et FAIXAT	F	30	Constipation, douleur abdominale sans horaire, nausée, vomissements	Cholecysto : 2 vésicules d'égale volume s'évacuant bien, 2 cystiques type Y.
:	:	:	:	:	:
82:	BRAUNSCHWEIG	:	:	:	Cholecysto : 2 ombres vésiculaires et 2 cystiques.
:	:	:	:	:	:

CAS:	AUTEURS	SEXE:AGE:	CLINIQUE	RADIOLOGIE
83:	BRYAN	F : 70:	Antécédents de cholecyste chronique sans lithiase visible. Récentement douleur de l'épigastre: vive après repas gras. et de l'hypocondre droit.	Cholecysto : 2 vésicules et 2 cystiques distincts. Contraction vive après repas gras.
84:	GOLOB et KANTOR	H : 38:	Antécédents d'ulcère duodénal, depuis 7 ans troubles vésiculaires. Ictère à l'âge de 10 ans.	Estomac : pas de récidive d'ulcère. Cholecysto : 2 vésicules fonctionnant normalement, distantes l'une de l'autre. Cystique non opacifié. Pas de lithiase.
85:	GOLOB et KANTOR	H : 35:	Douleur post-prandiale	Estomac : duodenum rejeté à droite. Cholecystographie avec double dose : I vésicule en position normale de densité normale et, obliquement contre elle une ombre de même taille en même forme. Les 2 se contractent bien après repas gras. Pas de calculs.
86:	HAIGHT	H : 26:	Troubles épigastriques depuis 18 mois.	Estomac : pas d'ulcère évident. Cholecysto : 2 vésicules concentrant bien et se vidant bien. Pas de lithiase visible, I seul cystique visible celui de la vésicule inférieure.

RADIOLOGIE

CLINIQUE

: SEXE: AGE:

CAS: AUTEURS

87: MANTOVANI et : F : 55: Douleur abdominale et suspicion : Estomac et colon normal
 : STRANIERI : : : de cholecystite. Douleur depuis : Cholecysto : I ombre vésiculaire
 : : : : 4 ans avec vomissements biliaires : anormale composée de 2 ombres
 : : : : Asthénie, appétit conservé. Foie : vésiculaires superposées de face.
 : : : : augmenté de volume. : En oblique la vésicule antérieure
 : : : : : à un pôle inférieur plus bas.
 : : : : : Taille inégale. Opacification
 : : : : : homogène. Réduction de taille
 : : : : : des 2 vésicules après Boyden.
 : : : : : 2 cystiques de type H.

88: HICKEN : H : 51: Douleur de l'hypochondre droit. : Cholecysto : I vésicule de taille
 : STEVENSON : : : et forme normale. I vésicule
 : ALLEN et : : : globuleuse. Vésicules concen-
 : CORNWALL : : : trant bien mais se vidant mal.
 : : : : : Refus de l'intervention.

89: HICKEN : H : 42: Douleur épigastrique : Cholecysto : 2 vésicules, la
 : STEVENSON : : : principale verticale à la face
 : ALLEN et : : : inférieure du foie, l'accessoire
 : CORNWALL : : : oblique sous la 12ème côte. Pas
 : : : : : de calcul. Pas de contraction
 : : : : : après Boyden. Refus de l'inter-
 : : : : : tion.

90: CUHNA et : : : Examen de dépistage : Vésicule double de type H, non
 : DAY : : : opérée.

91: JAROSEW'SKI : F : 48: : Deux vésicules.

CAS :	AUTEURS	SEXE :	AGE :	CLINIQUE	RADIOLOGIE
92 :	SCARONNE	:	:	:	:
:	:	:	:	:	2 vésicules nettement séparées, partiellement superposées. 2 cystiques confluent dans un cholédoque.
:	:	:	:	:	:
93 :	SEABOLD	:	:	:	:
:	:	:	:	:	I vésicule d'apparence normale et I vésicule dyskinétique.
:	:	:	:	:	:
94 :	GALAMBOS A. et GALAMBOS W.M.	F :	59 :	Très neurotonique. Infarctus du myocarde	Estomac : diverticule duodenojejunal. Cholecysto : vésicule bifide, I seul cystique. Fonctionnement normal
:	:	:	:	:	:
:	:	:	:	:	:
95 :	GALAMBOS A. et GALAMBOS W.M.	F :	67 :	Douleur épigastrique depuis 30 ans.	Estomac : niche de la petite courbure. Diverticule duodenojejunal. Cholecysto : vésicule bifide, I cystique unique, concentration inégale de la bile.
:	:	:	:	:	:
:	:	:	:	:	:
96 :	"	F :	41 :	Depuis 5 ans douleurs épigastriques.	Estomac : bulbe duodenal déformé sans niche. Malrotation du duodenum et jejunum. Cholecysto : vésicule bilobée - I cystique.
:	:	:	:	:	:
97 :	"	F :	40 :	Depuis 3 ans indigestion, avec parfois nausées, vomissements.	Estomac normal. Vésicule bilobulée, concentrant bien, faible évacuation.
:	:	:	:	:	:

CAS:	AUTEURS	SEXE:	AGE:	CLINIQUE	RADIOLOGIE
98	GALAMBOS A. et GALAMBOS W.M.	F	77	Douleur épigastrique, constipation chronique.	Diverticulose colique. 2 vésicules de taille inégale et 2 cystiques type H.
99	"	F	40	Douleur depuis 10 ans. Double vésicule diagnostiqué par un Hongrois. Douleur de l'hypochondre droit et épigastrique, insomnies, céphalées, nausées, intolérance aux repas gras.	Vésicule double de même taille, concentration normale.
100	"	F	50	Sensibilité de l'hypochondre droit et hypertension artérielle.	2 vésicules distinctes avec diverticule de la vésicule inférieure.
101	"	F	37	Douleur de l'hypochondre droit, suggestive de lithiase.	2 vésicules de taille inégale, la plus basse contenant 1 calcul.
102	"	F	28		2 vésicules dont l'une a peut- être un diverticule.
103	MASJOAN	H	55	Douleur de l'hypochondre droit.	Cholecysto : vésicule bien opa- cifiée en position normale contour régulier et zone sombre que l'on interprète comme un calcul puis un diverticule ou projection antérieure du fond. Après Boyden : 2 vésicules, 1 cystique et 1 cholédoque.

CAS :	AUTEURS	SEXE :	AGE :	CLINIQUE	RADIOLOGIE
IO4 :	ANTOINE LECLERC et SEGAL	H :	57 :	Depuis 20 ans troubles digestifs : et pesantEUR hépatique.	Cholecysto : 2 ombres vésiculaires : vésicule bifide. Cholangio : vésicule double du type en Y, sans lithiasE. Dyski- nésie.
IO5 :	MANEA	:	:	:	2 vésicules et 2 cystiques bien mis en évidence par la chole- cystographie et repas gras.
IO6 :	BONI	F :	32 :	Douleur de l'hypochondre droit depuis 8 ans. Colique hépatique sans ictère.	Sans préparation : 2 vésicules visibles directement parce qu' elles contiennent des calculs et une bile fortement colorée. Cholecysto et cholangio : 3 vésicules. Non opéré.
IO7 :	GLAY	H :	54 :	Examen de routine	2 vésicules accolées, concentrant bien : pas de calculs. Contrac- tion bonne après Boyden. Impossi- ble de dire s'il y a union au niveau du col ou des cystiques.
IO8 :	TORRETA	F :	46 :	Troubles vésiculaires, dyspepsie douleurs épigastriques et de l'hypochondre droit.	Sans préparation : pas de lithiasE. Cholecysto : 2 vésicules nette- ment séparées de taille diffé- rente, 2 cystiques. Type Y. Cholangio : confirme la double vésicule. Type Y. Estomac : niche ulcéreuse pylorique.

CAS :	AUTEURS	SEXE :	AGE :	CLINIQUE	RADIOLOGIE
IO9	GARCIA MORENO PELAEZ REDONDO	F	29	Depuis I an syndrome ulcèreux.. Niche de la petite courbure de l'estomac et bulbe duodenal défr- mé. Hémorragie digestive. Opéra- tion au cours de laquelle est vue I seule vésicule d'apparencé normale. Dans les suites douleurs de l'hypocondre droit.	Cholangiographie post-opératoire montre 2 vésicules mais pas d'image satisfaisante du cystique.
II0	"	F	51	Douleurs épigastriques et troubles digestifs.	Cholangiographie : 2 vésicules et 2 cystiques. Concentration difficile dans les vésicules. Impossible de déterminer le type, H ou Y.
III	FALUGIANI	F	36	Depuis I an troubles dyspeptiques en rapport avec l'alimentation. Pesantueur épigastrique post- prandial, lenteur de digestion. Diarrhée. Pas de douleur à la palpation de l'hypocondre droit.	I- Sans préparation : pas de lithias visible. 2- Cholecysto : forme anormale de la vésicule. Après Boyden vive réduction de taille. 2 vésicules de taille analogue, bien distinctes l'une de l'autre, partiellement super- posées. Pas de calculs. 2 cys- tiques bien indépendantes se jetant dans le cholédoque, séparément. Pas de cholangio : allergie à l'iode.

VESICULES BILOBEES

CAS :	AUTEURS	SEXE :	AGE :	CLINIQUE ET DIAGNOSTIC :	RADIOGRAPHIE	CONSTATATIONS OPERATOIRES OU ANATOMIQUES
II2 :	CRUVEILHIER :	:	:	:	:	Vésicule biliaire avec septum longitudinal. Col unique. 2 cystiques l'un allant à l'hépatique, l'autre au cholédoque.
II3 :	DEAVER et ASHURST :	F :	55 :	Cholecystite chronique :	:	Vésicule bifide, torsion de la vésicule, et chole- cystite chronique.
II4 :	RYCROFF :	F :	42 :	Colique hépatique depuis 13 ans.	:	Septum longitudinal n'allant pas jusqu'au col. Calcul dans la plus petite.
II5 :	MEYER :	F :	55 :	Colique hépatique depuis plusieurs années :	:	Vésicule avec cholecys- tite chronique, septum longitudinal, I cystique.
II6 :	PHILIPS ISAAC et Mac DONALD :	M :	48 :	Colique hépatique, pan- créatite aiguë, opérée 9 mois avant.	:	2 vésicules inégales avec I infundibulum commun. Un cystique.
II7 :	MININ :	F :	43 :	Nombreuses crises de colique hépatique. Ictère.	:	Vésicule bifide. Septum longitudinal jusqu'au col. Calculs dans les 2 chambres.

CAS :	AUTEURS	SEXE :	AGE :	CLINIQUE ET DIAGNOSTIC	RADIOGRAPHIE	CONSTATATIONS OPERATOIRES OU ANATOMIQUES
I18 :	STOHR	F	19 :	Crise de colique hépa- tique		2 vésicules avec 1 court cystique
I19 :	WEISS				Cholecysto : vésicule bifide	Type bifide - 1 cystique
I20 :	WEISS				Cholecysto : 1 vésicule bilobée, 1 cystique.	Vésicule type bilobée
I21 :	HILT	F	30 :	Douleurs abdominales	Cholecysto : vésicule divisée en 2 parties.	Cholecystectomie partielle. Vésicule divisée en 2 lobes égaux, 1 cystique.
I22 :	STOCKIND	M	53 :	Mort d'une tumeur du cerveau et de bronchite purulente.		Vésicule saine divisée par un septum en 2 cavi- tés. Pas de calculs.
I23 :	GUYTON	F	42 :	Troubles vésiculaires	Vésicule s'opaci- fiant mal.	2 corps vésiculaires réunis par une ampoule commune. 1 cystique. Calculs dans les 2 chambres
I24 :	MILLBOURN	M	41 :	Tumeur abdominale	1 grosse vésicule	Laparotomie - Extirpation d'une tumeur cystique : vésicule bifide reconnue à l'histologie.

CAS :	AUTEURS	SEXE :	AGE :	CLINIQUE OU DIAGNOSTIC :	RADIOGRAPHIE	CONSTATATIONS OPERATOIRE OU ANATOMIQUE
I25 :	LOHMANN	:	:	:	:	2 vésicules, la plus petite se vidant dans le col de la plus grande. I cystique. Pas de lithiase.
I26 :	DEMARTIAL HERVY et RAYMOND	:	41 :	Colique hépatique depuis 25 ans. 2 crises de cholecystites	2 cholecysto : augmentation de taille de la vési- cule.	I cystique de situation normale de calibre petit. Un 2ème cystique plus petit va à la branche droite du canal hépatique. Cloisonnement longitudinal assez bref, dédoublement du col.

Vu, le Président de Thèse,
Professeur LEDOUX - LEBARD

Vu, le Doyen de la Faculté,
Professeur DELBARRE

Vu et Permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

R. MALLET

BIBLIOGRAPHIE

- ANDREON E.

Double gallbladder with lithiasis of both Roentgen study of case
Bol. Soc. Cir of Uruguay, 1947, 18, 120-121

- ANTOINE M., LECLERC M. et SEGAL R. (Nancy)

Vésicules doubles.
J. Radiol. Electro. Juillet Août, 1957, Tome 38, n°7-8,
pp.764-766, 2 fig.

- BAILLARGEON J., HURTUBISE M., BETTEZ P. et GAGNON R. (Montréal)

Vésicule double et adénomyomatose.
J. Canad. Asso. Radiol. sept. 1968, 19, n°4, pp.143-147, 5fig.

- BLAINE

Surg. Clin. M. Amer. 1926, 6 - 1004

- BLASIUS

Observationes medicae anatomica rariores
1711, 55, Tabl. 6, 3 fig.

- BONI Roberto

Cistefellea tripla e bile calcarea.
Radiologia Medica, sept. 1958, vol. 44, n°9, pp.833-844, 19 Fig.

- BOUCHIT - BOREL - CAMPENON et POUPEE

Un cas curieux de pancréatite suppurée chez un malade porteur
de vésicule double.
Bordeaux - Chir. Avril 1963, 2, pp.87-91, 2 fig.

- BOYDEN (E.A.)

The accessory ballbladder.
Am. J. of Anat. May 1926, 37, n°2

II

- BRAUN

Doppelbildung der Gallenblase
Zentral. F., Chir. 1925, 535, pp.779

- BRAUNSCHWEIG W.

Cholecystographie demonstration of double formation in man.
Röntgenpraxis; Août 1933, 5, pp.549, 3 fig.

- BRYAN L.

Double gallbladder case.
Radiology, août 1940, 35, pp.242, 1 fig.

- CAMERON L.

Double gallbladder diagnosed by cholecystography et confirmed by operation.
Australian et New Zealand J. Surg. May 1952, 21, pp.308-309

- CASEY E.W.

Triple gallbladder.
Pro. Coll. Radiol. Austr. 1958, 2/2, (98-99), 3 fig.

- CARLS P.

Triplification et others anomalies of gallbladder with report of case.
Millard Filbmore Hosp. Bull. 1963, 10, 73-78

- CAVE P.

Double gallbladder two cases.
Lancet avril 1931, I, pp.751-752

- CLAVEL Ch., et SOURNIA J.

Diverticulose de la vésicule biliaire.
Lyon Chir. 1946, 41, pp.79-80

- CLIMAN M.

Duplication of gallbladder demonstrated by cholecystography.
M.J. et Rec. juillet 1929, 130, 17, pp.73-74, 1 fig.

- CORACHAN M., FIGUERAS I. et FAIXAT F.

Rev. ce cir. de Barcelona. Octobre 1932, 4, n°22, pp.241, 4 fig.

- CROUDACE

Double gallbladder, case.
Brit. Journ. of Med. Avril 1931, I, pp.707

- CRUVEILHIER

Bull. Soc. Anat., Paris 1860, 35-66

- CUHNA F., et DAY B.M.

Double gallbladder.

Rev. Gastro. Enterol. Octobre 1950, 17, pp.928-930

- DEAUER et ASHHURST

Surg. of the upper abdomen, 1921, 2nd edd. Philadelphie.

- DEMARTIAL L., HERVY C., RAYMOND J.

Anomalies de voies biliaires; cystique double et canal hépatique accessoire associé à une dyskinésie du col de la vésicule.

Arch. Mal. Appl. Dig. 1952, 41, 1004-1010

- DESAIVE P. et BETZ H.

Un cas de vésicule surnuméraire.

Acta Gastro-entérol. Belg. Septembre, Octobre 1949, 12, pp.577-581

- DEVE, ESAV, et FEYRTER

Bull. Soc. Anat., Paris 1903, 78, 61

- DUNKERLEY M.B.

Double gallbladder

Pro. Roy. Soc. Med. 1964, 57, 331

- DUSCHL F.L.

Doppelbildung der gallenblase.

Centr. Bl. Chir. 1951, 76, pp.1728-1734

- EELKEMA H., HARRISSON, STARR Grier F. et GOOD C. Allen

Partial duplication of the gallbladder, diverticulum type.
Report of a case.

Radiology Main, 1958, vol.3, pp.410-412, 3 fig.

- FALUGIANI F. et HAGGINI H. (Florence)

Un caso di colecisti doppia.

La radiologia Medica oct. 1968, vol.54, n°10, pp.1067-1070, 3 fig.

- GALAMBOS A. et GALAMBOS W.H.

The double gallbladder : a congenital anomaly report nine cases.

Am. J. of gastro entero. 1955, 23, pp.129-146, 14 fig.

- GARCIA MORENO F., et PELAEZ REDONDO J.

Rev. Esp. Enform. App. Dig. avril 1962, 21, pp.613-622, 3 fig.

- GLAY A.

Montréal - Quebec - Double gallbladder. Report of one asymptomatic case demonstrated by Roentgenologically.

J. Canadian Asso of Radiol. Mars 1959, vol. 10, n°1, pp.1-3, 3 fig.

- GOLOB M., et KANTOR J.L.

Two cases of double gallbladder.

Am. J. Digest. Dis. 1942, 9, pp.120-123

- GOROFALO F.

Double gallbladder.

Bull. d. Sc. Med. Sept., Oct. 1927, pp.380-385

- GROSS R.E.

Congenital anomalie of the gallbladder.

Arch. Surg. 1936, vol. 32, pp.131-162

- GUYER P.B., et Mc LOUGHLIN M. (London)

Congenital double gallbladder. A review and report of two cases.

British J. Radiol. March 1967, vol. 40, n°471 (214-219) 7 fig. 1 tabl.

- GUYTON W.L.

Double gallbladder.

Am. J. Surg. July 1946, 72, pp.118-120

- HABERER

Arch. f. Klin. Chir. 1923, 126, 25

- HAIGHT W.L.

Double gallbladder; case.

U.S. Navy M. Bull. Janv. 1946, pp.117

- HAYES R.

Double gallbladder with double cystic duct.

Radiology, janv. 1931, 16, pp.66-67

- HECTOR A. et LAUMONNIER R. (Rouen)

Anomalies congenitales de la vésicule biliaire. Revues à propos d'un cas de vésicule accessoire incluse dans la paroi pylorique. Jour. de Chir., Janv. 1958, T. 75, n°1, pp.63-71

- HEMMATH A. (Bonn)

Schaukasten. Zur Diagnose der Doppelung der Gallenblase. Fortschr. Röntgenst. Mars 1964, vol.100, n°3, pp.413-414, 6 fig.

- HERMANN S.F., HICKS G.S., et MARTIN D.L.

Double gallbladder report of a case. Arch. Surg., 1933, 27, pp.905-919

- HEUILLY F., GAUCHER P., VICARI F., DUROCQ et FAYS J.

Diverticule vrai de la vésicule biliaire. J. Radiol. Electro., janv. fev. 1965, 46, n°12, pp.50-52, 4 fig.

- HICKEN N.F., STEVENSON V.L., ALLEN M., et CORNWALL Ch.R.

Double gallbladder. Report of 4 cases. Surgery, St Louis, 1949, 25/3 (431-441) 7 fig.

- HILT L.M.

Bilobed gallbladder. Anal. Surg. Mars 1930, 91, pp.475-477

- HOUSE W.A.

TriPLICATION de la gallbladder. A.M.A. Arch. Surg. 1958, 79, pp.144-145

- HUBER

Acta Physiconned. Acad. Caesar. Leopold. Car. 1752, 9, 102, 382

- HURWITZ A.

J. Maine Med. Ass., 1964, 55-79

- INGENO A.P. et D'ALBORA J.B.

Double gallbladder. Roentgenographie demonstration of case of ito "y" type; classification of accessory gallbladder. Amer. J. Roent. Radium Ther. Springfield 1949, 61/5 (671-676), Tabl. I, 2 fig.

- ITALIANI S.E., PASTORINI J.M. et GLUBERG E.

Vésicula doble. Diagnostico radiologica. Confumation operatorio.
Bol. Soc. Argent. Cirug. 1966, 27/9, (229-235)

- JAROSEWKI

Double gallbladder.
Polski Tygodnik lek. 1953, 8, pp.659-661

- JUVARA

Les biloculations de la vésicule biliaire.
Arch. Mal. App. Dig., 1967, pp.535

- KAZARG.

Double gallbladder et cyst. of the common bile duct.
Magyar Sebeszet, Budapest 1950, 3/4, (298-301) 1 fig.

- KELLEY A.R.

Triplcation of the gallbladder. A case of double gallbladder
with associated anomalous gallbladder.
M.J. Australie, 1959, 46, 124-126, 6 fig.

- KENNON R.

Double gallbladder opening by two cystic ducts into commun
biliary ducts, case.
Brit. J. Surg. Janv. 1933

- KOGHERGIN V.N.

Un cas de vésicule double.
Vestn Khir. Greokov, Nov. 1960, 85, 124, 5

- KULISEK

Double gallbladder.
Rozhl Chir. août 1959, 38/8, 564-567, 1 fig.

- LA MARINA ., MUSCHIOR R.

Coleciste duplice con cistico ad Y (considerazioni anatomo-
chirurgiche).
Osped. Maggiore Fevrier 1962, 50, pp.60-68, 11 fig.

- LEONARD P.

Un cas de vésicule double.
Actualités hépatogastro entéro de l'Hôtel-Dieu, 1967, n°2, PP.93

- LOHMANN G.

Doppelbuldung der gallenblase.

Zentr. I. Chirug. 1948, 73/3 (256-259) 1 fig.

- MANEA S.

Congenital duplication of the gallbladder.

Pro. Coll. radiol. aust. 1958, 2/2 (87-98) 2 fig.

- MANTOVANI D., et STRANIERI R.

Un caso di dopplia coleciste.

"La rad. Med. 1948, 34, pp.143, 145, 4 fig.

- MARTENSTYN H.R., Mac KENZIE S.G.

Congenital duplication of the gallbladder. Review of the litterature and a presentation of a case.

Nova Scotie Med. Bull. 1965, 84, 171.

- MASJUAN L.

Vesicular biliar doble.

Rev. Clin. Espan. 1956, 61, 109-111

- MEYER A.W.

Double gallbladder.

Dtsch. Ztschr. f. chir. 1928, 211, pp.404-405

- MEYER J.H., DOW LIN W.M., et REINGLASS

Double gallbladder.

Am. J. of Surg. Janv. 1949, 77, pp.117-119

- MILLBOURN E.

Double gallbladder with report of two cases.

Acton Chir. Scand. 1941, 84, pp.97-123

- MININ N.J.

Double gallbladder.

Vestnick Khir. 1931, n°70, 71

- MOORE T.C., et HURLEY A.G.

Congenital duplication of the gallbladder.

Review of literature and report of an unusual symptomatic case.

Surg. 1954, 35, 283-289.

VIII

- MULLA N., WEINTRAUB S.

Accessory liver with double gallbladder.

A.M.A. Arch. of Surg. Chicago, août 1955, pp.202-204

- MUNDSON C.C. et TEIXIDO R.

1959, Delaware St Med. J. 31, 193

- NICHOLS

Radiology 1926, 6, pp.255

- OLDFIELD M.C., WRIGHT C.J.H.

Double gallbladder.

Brit. J. Surg. Juillet 1950, 38, pp.116-117

- OWEN et WALLACE JONES D.E.

Brit. J. Surg. 1962, 49, 577

- PARONI F.

Doppia colecisti

La Rad. Med., 1955, 41, 483

- PETRINA F.

Double vésicule et double conduit cystique avec calcul dans l'un d'eux. Un cas.

Polyclinica (Sez Prat), sept. 1930, 37, pp;1416-1417

- PHILIPS, ISAAC et Mac DONALD

Brit. Med. Journ. 1931, I, 665

- PORTER

Abt's pediatric 1924, 677

- PRIESEL A.

Double gallbladder in man, case.

Virchows, Arch. J. Path. Anat. 1927, 265, pp.76-83

- PURSER

Dublin Jour. Med. Sci. 1887, 83, 108.

Brit. Med. 1886, 2, 1102

- RAYMOND et THRIFT

Carcinome of a duplicated gallbladder.
Illinois M.J. 1956, 110, 239

RECHT W.

Torsion of double gallbladder, report of a case and review of literature.

Brit. G. of Surg. janv. 1953, 39, pp.342-344

- REED Edsel S. et CARLBERG Dale (Jaffersonville, Ind.)

Gallbladder anomalies. With a report of a double gallbladder.
J. Indiana St Med. Ass., 1961, 54, 1780, 1783

- ROSS John A.

Double gallbladder with report of a case.

British J. of Radiol. fevr. 1956, vol. 29, n°338, pp.109-110, 2 fig.

- ROSS Ronald F. et SACHS Maurice D. (Cleveland, Ohio)

TriPLICATION of the gallbladder.

Amer. J. Roentgenol Nov. 1968, vol.104, n°3, pp.656-661, 3 fig.

- RYCROFT

Brit. J. Surgery 1923, 10, 579

- RYRBERG C.G.

Lin h oping - Gallbladder duplication. Case report and review of the literature.

Acta Chir. Scand. 1960, 119, 36-44

- SAPKAS A.M. et TIERRIS E.J.

Doppelte gallenblase.

Chirurg. 1966, 37/5, pp.200-203, 5 fig.

- SCARONNE G.

Malformazioni della vie biliari, un caso di doppia colecisti

La rad. Med. 1955, 41, 825

- SCHACHNER

Ann. of Surg. 1916, 64, 419

- SCHULTZ J.

Beitr. z. Kin. Chir. 1914, 92, 359

- SCOTT W.R., SANE S. et SMITH H.A.

Cholecystographie diagnosis of double gallbladder with pathologic verification.

Radiology Oct. 1941, 37, pp.492-496, 4 fig.

- SEABOLD P.S.

Double gallbladder.

Med. Radiog. a Photoq. 1955, 31, n°3, pp.126, 2 fig.

- SHERREN J.

A double gallbladder removed by operation.

Arm. Surg. 1911, 54, 204-205

- SKIELBOE B.

Anomalies of gallbladder : vericafellea triplex : report of a case.

Am. J. Clin. Path. 1958, 30, 252-255

- SLAUGHTER F.G., et TROUTH H.

Duplication of gallbladder; case report with a review of the literature.

Am. J. Surg. 1933, 19, pp.124

- STADNIZKI

Trudjijevk median instiut 1936 - 2

- STOHR R.

Pathology of double gallbladder. Case.

Zentral Bl. Chir. sept. 1934, 61, pp.2202-2204

- STOCKIND E.

Double gallbladder and review of 38 cases.

Brit. J. Surg. avril 1940, 27, pp.260-266

- STRUKOV A.J.

Un cas de deux vésicules biliaires chez l'homme.

Centr. Blat. Für all. Path. U. Path. Anat. Février 1931, 50
pp.420-422

- TORRETA A.

Su di un caso di doppia colecisti.
Minerva Med. 21 mars 1961, 52, 1025-1028, 8 fig.

- ULMANN

Radiology 1926, 6, 295-296

- VALLONEN E.J.

Duplication and agenesis of the gallbladder.
Report of two cases. Act. Chir. Scand., 1967, 133, 504

- VOS L.M.J.

Vesica fellea duplex.
Nederl. T. Gennek. Mars 1968, 23, 112-552, 4 fig.

- WACKELEY C.P.G.

Double gallbladder removed by operation.
Brit. J. Surg. oct. 1927, 13, 334-336

- WEISS-SAMUEL

Diseases of the liver, gallbladder, ducts and pancreas.
Their diagnosis and treatment, New York, 1935, pp.106

- WITTENBERGER R.N.

Reduplication of gallbladder and cistic ducts.
Am. J. Surg. Juin 1954, 87, pp.926-928

- WILLIAMS J.C.

A double gallbladder, demonstrated by operation cholangiography.
Postgrad. M.J. 1957, 33, 236-238

- WILSON C.L.

Double gallbladder with two cystic ducts and two cystics arteries
Am. Surg. Juillet 1939, 110, pp.60-66

- WISCHNEWSKY

Arch. Klin. Chir. 1925, 135, pp.779-781

- WITTYE R.S.

Philosoph. Trans and collections to the End of the Year.
MOCC Abs. iii, 152. Philosophical transactions, 1963, 18, 30-32

- WOLFSON W. L.

Supernumery gallbladder

Am. J. Surg. Janv. 1929, pp. 88-90

oOo

